

# LUKAS, NACE, GUTIERREZ & SACHS, LLP

8300 GREENSBORO DRIVE, SUITE 1200  
MCLEAN, VIRGINIA 22102  
703 584 8678 • 703 584 8696 FAX

WWW.FCCLAW.COM

RUSSELL D. LUKAS  
DAVID L. NACE  
THOMAS GUTIERREZ\*  
ELIZABETH R. SACHS\*  
DAVID A. LAFURIA  
PAMELA L. GIST  
TODD SLAMOWITZ\*  
BROOKS E. HARLOW\*  
TODD B. LANTOR\*  
STEVEN M. CHERNOFF\*  
KATHERINE PATSAS NEVITT\*

CONSULTING ENGINEERS  
ALI KUZEKCANANI  
LEILA REZANAVAZ  
—  
OF COUNSEL  
GEORGE L. LYON, JR.  
LEONARD S. KOLSKY\*  
JOHN CIMKO\*  
J. K. HAGE III\*  
JOHN J. MCAVOY\*  
HON. GERALD S. MCGOWAN\*  
TAMARA DAVIS BROWN\*  
JEFFREY A. MITCHELL\*  
ROBERT S. KOPPEL\*  
MARC A. PAUL\*  
—  
\*NOT ADMITTED IN VA

October 4, 2012

## VIA ELECTRONIC FILING

Marlene H. Dortch, Secretary  
Federal Communications Commission  
445 12th Street, S.W., Room TW-B204  
Washington, DC 20554

Re: *Lifeline and Link Up Reform and Modernization, WC Docket No. 11-42;*  
*Federal-State Joint Board on Universal Service, CC Docket No. 96-45;*  
*Lifeline and Link Up, WC Docket No. 03-109*

Dear Madam Secretary:

On behalf of PR Wireless, Inc. d/b/a Open Mobile (“PR Wireless”), we write to provide information requested by Wireline Competition Bureau staff during a recent meeting.

First, staff asked what types of documentation PR Wireless requires from new applicants and from re-certifying customers. For those qualifying based on program participation, PR Wireless accepts the following types of documentation:

- Nutritional Assistance Program (PAN) – Family Department (Certification ADSEF-109)
- Medical Assistance Program (Medicaid) – Health Department (Certification MA-10)
- Energy Assistance for Low Income Families- Family Department (Certification ADSED-109)
- Federal Section 8 Housing Program – statement of benefits or notice of participation
- Temporary Assistance for Needy Families Program (TANF) statement of benefits or notice of participation
- National School Lunch Program – statement of benefits or notice of participation

- Supplementary Security Income (SSI) – statement of benefits or notice of participation

For customers who qualify, and applicants seeking to qualify, based in household income, the following types of documentation are accepted:

- Sealed signed copy of latest local or federal tax return
- Declaration of Social Security Benefits
- Declaration of Unemployment Benefits
- Declaration of Retirements Benefits
- Declaration of Veterans Administration Benefits
- Payroll stub of three consecutive months within past 12 months
- Divorce Decree or Child Support Decree

All of the customers who are the subject of PR Wireless' waiver request have provided eligibility documentation during 2012. For the Commission's reference, we attach redacted examples of the types of eligibility documentation listed above.

Second, staff requested a copy of the certification form PR Wireless used during the period affected by the waiver request (January 1, 2012 - May 31, 2012). A copy of a certification form is enclosed with this letter, with personal information deleted, along with the customer's documentation of participation in the Nutritional Assistance Program (abbreviated as PAN in Spanish). We have also enclosed the English translation of the certification form.

Third, staff asked how many customers PR Wireless would have to re-certify on or before December 31, 2012, in absence of a waiver. The answer is 43,237, broken down as follows:

New Sales from January 1 to May 31, 2012:	26,117
Renewals from January 1 to May 31, 2012:	17,120
Total:	<b>43,237</b>

We also provide the following information regarding the cost of compliance in the absence of a waiver. PR Wireless has calculated the cost of re-certification to be approximately \$37 per customer. This cost includes: payroll and benefits; temporary services; scanning software and licenses; printing and mail costs; extra call center hires; and additional administrative expenses. This yields a total cost of approximately **\$1.6 million** to re-certify all 43,237 customers.

Staff also asked whether PR Wireless had obtained customer consent to transmit the following information to USAC for purposes of the nationwide database under development:

Marlene H. Dortch, Secretary

October 4, 2012

Page 3

- Full name;
- Residential address;
- Date of birth;
- Last 4 digits of social security number;
- Telephone number associated with the Lifeline support;
- Date of Lifeline service initiation;
- Date of Lifeline service termination; and
- Means through which the subscriber qualified for Lifeline

PR Wireless has been obtaining customer consent to the transmittal of the information required under the FCC's rules for new and re-certifying customers since June 1, 2012, the effective date of the FCC rule requiring such consent. However, PR Wireless did not obtain such consent from customers prior to the implementation of the FCC's new requirements on June 1, 2012. Thus, customers who were enrolled or re-certified during the first five months of 2012 did not provide this consent. PR Wireless has determined that consent can be obtained through a combination of methods, including telephone inquiries, IVR responses and in person during store visits, and PR Wireless commits to obtain consent from the customers in question by January 31, 2013.

Lastly, it has been brought to our attention that the leave-behind we distributed at our meeting on September 25 was inadvertently left out of the ex parte notice that was subsequently filed. A copy is attached to this letter.

We trust this information will be helpful to you. Should any questions arise, please contact undersigned counsel directly.

Sincerely,

/s/ Steven M. Chernoff

David A. LaFuria  
Steven M. Chernoff

*Counsel for PR Wireless, Inc.  
d/b/a Open Mobile*

cc: Kimberly Scardino, Esq.  
Divya Shenoy, Esq.  
Jonathan Lechter, Esq.  
Karla Piñero, Esq.

**ATTACHMENT 1**

**EXAMPLES OF ELIGIBILITY DOCUMENTATION**

# ANEJOS

## PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA- CERTIFICACIÓN ADSEF-109



GOBIERNO DE PUERTO RICO  
ADMINISTRACIÓN DE DESARROLLO SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA  
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

### CERTIFICACIÓN PARTICIPANTE DE BENEFICIOS

FECHA: 8 de mayo de 2012

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

NÚMERO DE CASO:

DIRECCIÓN:

OFICINA LOCAL / CENTRO DE SERVICIOS INTEGRADOS: COMERIO

Certificamos que la persona en referencia y su familia:

Reciben beneficios del:

	Beneficio	Núcleo Familiar	Fecha Vencimiento
<input checked="" type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional:	\$ 112.00	1	01/Jan/2013
<input type="checkbox"/> Programa de Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF):	\$ 0.00	0	N/A

No reciben beneficios o servicios

El Departamento de la Familia garantiza igualdad de oportunidades. Si considera que se ha discriminado contra usted por razón de raza, color, origen nacional, sexo, edad o impedime  A, Food and Nutrition Service, 300 Corporate Blvd, Robbinsville, NJ, 08691-1598. Personas sordas, con dificultad para oír o tiene impedimentos para hablar pueden comunicar al 'Federal Relay Service' 1-(800)-877-8339 o al 1-(800)-845-6136 (Español), (787) 269-7632, Isla 1-800-981-8056, 1-800-981-7641 (libro de cargos).



**ADVERTENCIA:** Cualquier alteración anula este documento y constituirá violación al artículo 292 del Código Penal.  
**WARNING:** Any alteration voids this document and constitutes a violation of article 292 of the Penal Code.

Certificado válido hasta: 6 de junio de 2012

Número de Certificado: 1945833733

Para validar la información contenida en esta certificación, favor acceder a:  
To validate the information in this certificate, please access the following URL:  
[tronica](#)



## PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA DEPARTAMENTO DE SALUD – CERTIFICACIÓN MA-10

MA-10  
Rev. 6/2011

### DEPARTAMENTO DE SALUD PROGRAMA MEDICAID NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN TOMADA SOBRE SOLICITUD Y/O RE-EVALUACIÓN

I. Nombre del Jefe: \_\_\_\_\_ Fecha de Certificación: \_\_\_\_\_  
 Núm. Unidad Familiar: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Oficina local: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

II. Se ha evaluado la información que usted ha ofrecido y se ha corroborado con los documentos que se le han solicitado y los cuales constan en nuestro expediente, y hemos determinado que su Unidad Familiar:  La Unidad Familiar ES elegible al Plan de Salud del Gobierno.

<input type="checkbox"/> Elegible Medicaid/CHIP			<input type="checkbox"/> Elegible Estatal	
Nombre	Plan Médico	Retiro	MPL/SS	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	

Su elegibilidad es efectiva desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El Ingreso Acreditable de la Unidad Familiar es: \_\_\_\_\_

La Unidad Familiar NO es elegible al Plan de Salud del Gobierno por:  
 Ingresos en Exceso  Recursos en Exceso  Otro \_\_\_\_\_

Si usted no está conforme con esta decisión, puede solicitar una revisión durante los próximos 10 días calendarios que finalizan el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. De no solicitar dicha revisión dentro del término indicado, la determinación del Programa advendrá final y firme sin la celebración de trámite ulterior.  Se realizó revisión.

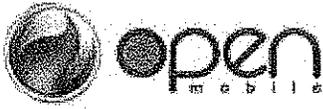
III.  Su caso será cerrado por: \_\_\_\_\_

Certifico que se me ha leído y explicado esta notificación y los derechos que me protegen.

Nombre y Firma, Número del Certificador \_\_\_\_\_ Solista, Beneficiario y/o Representante \_\_\_\_\_

Fecha de las Firmas \_\_\_\_\_ Firma del Testigo \_\_\_\_\_

Original: Solista, Beneficiario y/o Representante Copia: Expediente Oficina Local



PROGRAMA TANF "TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES" DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA – CERTIFICACIÓN ADSEF-109



GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE DESARROLLO SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

CERTIFICACIÓN PARTICIPANTE DE BENEFICIOS

FECHA: 6 de mayo de 2012

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

NÚMERO DE CASO:

DIRECCIÓN:

OFICINA LOCAL / CENTRO DE SERVICIOS INTEGRADOS: COMERIO

Certificamos que la persona en referencia y su familia:

Reciben beneficios de:

Table with 4 columns: Beneficio, Núcleo Familiar, Fecha Vencimiento. Rows include Programa de Asistencia Nutricional and Programa de Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF).

[ ] No reciben beneficios o servicios

El Departamento de la Familia garantiza igualdad de oportunidades. Si considera que se ha discriminado contra usted por razón de raza, color, origen nacional, sexo, edad o impedimento, escriba a Director, Civil Rights, USDA, Food and Nutrition Service, 300 Corporate Blvd, Robbinsville, NJ, 08691-1598. Personas sordas, con dificultad para oír o tener impedimentos para hablar pueden comunicar al 'Federal Relay Service' 1-(800)-877-8339 o al 1-(800)-845-6136 (Español), (787) 289-7632, Isla 1-800-981-8050, 1-800-981-7641 (línea de cargos).



ADVERTENCIA: Cualquier alteración anula este documento y constituye violación al artículo 292 del Código Penal

WARNING: Any alteration voids this document and constitutes a violation of article 292 of the Penal Code.

Certificado válido hasta: 6 de junio de 2012

Número de Certificado: 1945833733

Para validar la información contenida en esta certificación, favor acceder a:
To validate the information in this certificate, please access the following URL:
http://www.pr.gov/validacionelectronica



PROGRAMA PLAN 8 DEPARTAMENTO DE LA VIVIENDA

GOBIERNO DE PUERTO RICO
MUNICIPIO AUTÓNOMO DE PONCE
SECRETARIA DE VIVIENDA Y DESARROLLO
COMUNAL

Programa Renta Subsidiada Sección 8

Yo, Supervisora del Programa Renta Subsidiada del Municipio Autónomo de Ponce, certifico que el contrato suscrito por el Sr.(a) dueño(a) de la propiedad ubicada en:

arrendada al Sr.(a) satisface los requerimientos por el Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos, en el Programa de Subsidio bajo la Sección 8 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunal de 1974, según enmendada.

Los Datos y términos de dicho contrato son los siguientes:

Table with 2 columns: Description and Value. Rows include: Número de Contrato (0380V-06), Número de Dormitorios (2), Fecha Inicial del Contrato (04/01/2012), Fecha Final Contrato (3/31/2013), Renta Contratada (\$ 473), Aportación HAP al Dueño (\$ 170), Aportación Inquilino al Dueño (\$ 303), Pago de Utilidades al Inquilino (\$ 0), Fianza al Dueño (\$ 430).

El pago de subsidio de renta se enviará a la siguiente dirección postal:

Dueño: Inquilino:

A tales efectos, firmo la presente certificación, Hoy 4/1/2012

Atentamente, [Signature]



Investigador:



## CERTIFICACIÓN POR INGRESOS - SEGURO SOCIAL

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

Date: February 7, 2011  
Claim Number: ---

You asked us for information from your record. The information that you requested is shown below. If you want anyone else to have this information, you may send them this letter.

### Information About Current Social Security Benefits

Beginning January 2010, the full monthly Social Security benefit before any deductions is.....\$ 150.60

We deduct \$0.00 for medical insurance premiums each month.

The regular monthly Social Security payment is.....\$ 150.00  
(We must round down to the whole dollar.)

Social Security benefits for a given month are paid the following month. (For example, Social Security benefits for March are paid in April.)

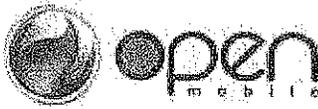
Your Social Security benefits are paid on or about the second Wednesday of each month.

There was no cost of living adjustment in Social Security benefits in December 2010. The benefit amount shown is current as of the date on this letter.

### Type of Social Security Benefit Information

You are entitled to monthly retirement benefits.





CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE VETERANOS

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS  
Regional Office  
59 carr 185  
Guaynabo PR 00968-8024

SEPTEMBER 1, 2011

Refer 355/216B/1170  
XC 29 253 732/10

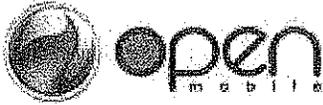
TO WHOM IT MAY CONCERN:

This is to certify that according to the records at the Department of Veterans Affairs widow  
is presently in receipt of pension benefits at the monthly amount of  
\$661.00.

This certificate is issued at the beneficiary's request.

Sincerely Yours,

Alfredo Zabala, Jr.  
Veterans Service Center Manager



### CERTIFICACIÓN DE ASUME



Gobierno de Puerto Rico - Departamento de la Familia  
Administración para el Sustento de Menores

Fecha de Emisión: 4/12/2011

#### CERTIFICACION

Nuestro sistema mecanizado contiene la siguiente información:

no tiene la obligación de pagar pensión alimentaria a través de ASUME.

Caso	Pensión Fijada	Frecuencia de Pago	Fecha Último Pago	Balance adeudado	Plan de Pagos	Frecuencia Plan de Pagos	Fecha en que se estableció Plan de Pagos	Fecha último pago registrado del Plan de Pagos
0429217	\$23.00	SEMANAL	9/8/2010	\$1,072.42	\$50.00	SEMANAL	2/9/2011	4/7/2011

En este caso los alimentistas NO recibieron asistencia económica del Programa Ayuda Temporal a Familias Necesitadas "TANF".

se encuentra acogido/a a la Ley de Quiebras.

Tiene \_\_\_\_\_ obligación(es) de pagos de pensiones alimentarias a través de ASUME.

Recibe pensión alimentaria a través de ASUME en \_\_\_\_\_ caso(s).

Certifico que este documento resume la información contenida en el sistema mecanizado (PRACSES) de la Administración para el Sustento de Menores. Los pagos realizados directamente a la Persona Custodia no se registran como pagos de pensión alimentaria ni plan de pago. Deberá acudir a la oficina de ASUME donde está asignado su caso para solicitar la acreditación de pagos efectuados fuera de ASUME. El balance de esta Certificación no incluye el mes en que fue expedida. La información de este documento es válida por treinta (30) días, contados a partir de la fecha de su emisión.

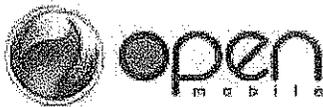
2011041220110512990474

**NOTA DE CONFIDENCIALIDAD:** La información contenida en este documento y cualquier anejo del mismo es confidencial y privilegiada y tiene el propósito de que sólo sea utilizado por la persona identificada en el mismo. Por tratarse de información confidencial y sensible, no podrá ser divulgada a terceros en ningún momento.

Para validar la información contenida en este certificado, favor acceder a <http://www.pr.gov/validacionelectronica/>.



ASM-E28  
REV 07/09



## CERTIFICACIÓN DE SEGURO DE POR DESEMPLEO

DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS  
INFORMACION AL TRABAJADOR SOBRE RECLAMACION DE SEGURO POR DESEMPLEO

SEG. SOC. :  
NOMBRE :  
DIRECC. :

AGUAS BUENAS PR 00703 0000

DE ACUERDO A SU SOLICITUD SE CERTIFICA:

X 1. RADICO SOLICITUD DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO EL 05/14/07 Y  
RESULTO ELEGIBLE A UN BENEFICIO SEMANAL DE \$ 114.00

A LA FECHA DE ESTA CERTIFICACION:

X A. AGOTO SUS BENEFICIOS

B. DESCALIFICADO HASTA

X C. ULTIMA SEMANA RECLAMADA 11/17/07

X D. HA RECIBIDO BENEFICIOS POR 026 SEMANAS

2. RADICO SOLICITUD DE BENEFICIOS EL \_\_\_\_\_ Y FUE DETERMINADO INELEGIBLE

3. NO EXISTE SOLICITUD DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO PARA ESE SEG. SOC.

4. OTRAS: \_\_\_\_\_

FIRMA AUTORIZADA:  FECHA : 05/15/08

REGISTRADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO  
DIVISION DE SEGURO POR DESEMPLEO  
CALLE ACOSTA #104 1  
CALLE BOX 4575  
SANTO DOMINGO, D.R. 50000000



# FORMA CORTA

## GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS

Número de Serie

Liquidador	R	G	V1	V2	F1	P2
Revisor	N	D1	D2	E	A	M

AÑO CONTRIBUTIVO 2010 O AÑO COMENZADO EL  
1 de enero de 2010 de y terminado el 31 de diciembre de 2010 de

 PLANILLA ENMENDADA  
 FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día Mes Año

Número de Seguro Social del Contribuyente: [Redacted]  
 Número de Seguro Social Cónyuge: [Redacted]  
 Sexo:  M  F

Sello de Pago

Nombre del Contribuyente: Inicial [Redacted] Apellido Paterno [Redacted] Apellido Materno [Redacted]  
 Fecha de Nacimiento Contribuyente: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]  
 Dirección Postal: [Redacted]  
 PR Código Postal 00766  
 Coloque la etiqueta engrapada (si aplica)

Fecha de Nacimiento Cónyuge: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]  
 Fecha de matrimonio Cónyuge: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]  
 Incapacitado:  Contribuyente  Cónyuge  
 Cambio de Dirección:  Sí  No  
 Planilla 2011:  Escocés  Inglés

Nombre e Inicial del Cónyuge: [Redacted] Apellido Paterno [Redacted] Apellido Materno [Redacted]  
 Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): [Redacted]  
 PR Código Postal 00766

Teléfono Residencial: 737-613-7373  
 Teléfono del Trabajo: [Redacted]

Nombre del Puesto: [Redacted]  
 Impuesto: [Redacted]  
 Fecha de Emisión: [Redacted]

### Encasillado 1

SI NO  
 a.   ¿Ciudadano de Estados Unidos?  
 b.   ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?  
 c.   ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?  
 d.   ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)  
 Indique total \$ \_\_\_\_\_

FUENTE DE MAYOR INGRESO:  
 e.  Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas  
 f.  Empleado del Gobierno Federal  
 g.  Empleado de Empresa Privada  
 h.  Retirado/Pensionado

OCUPACION (Anoté el Código) Contribuyente  
 Mecánico y Técnico Aut 3321  
 Cónyuge  
 Otros Oficios o Profes 8110

### ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

1.  Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta  
 2.  Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique hombre y seguro social del cónyuge arriba)  
 3.  Jefe de familia (No para casados)  
 4.  Soltero

Sello de Recibido  
 15/02/2011 6:29:05 PM

Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, y pase al Anejo CO Individuo.

### Encasillado 2

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas  
 SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique).  
 Total de comprobantes con esta planilla: 1  
 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones): 0  
 3. Ingresos de A anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12): 0  
 4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3): 0

A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
0	8062
0	8062
4-Contribución Previa	5-Salarios Federales
0	0
0	0
0	8062

**ATTACHMENT 2**

**CERTIFICATION FORM IN USE DURING JANUARY 1 – MAY 31, 2012**



## Solicitud Renovación Auto Certificación del Programa de Servicio Universal Lifeline

Nombre:

Dirección: RES  
Residencial: EDIF  
CAROLINA PR

Seguro Social:

Programa del cual soy beneficiario:

Fecha de Vencimiento

- Programa de Asistencia Nutricional (PAN)
- Programa de Asistencia Médica (Medicaid)
- Programa Plan Sección 8
- Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos
- Programa TANF "Temporary Assistance for Needy Families"
- Elegibilidad por Ingreso

05/2012

Ingreso Bruto Anual: \$0.00

Debe incluir certificación original de la Agencia de Gobierno o copia de la plantilla sellada

Inscripción automática del Programa de Asistencia Nutricional (PAN): **SI**

Número de personas en su familia: **2**

Usted tiene otro teléfono a su nombre, bajo el Programa de Servicio Universal: **NO**

Usted solicitó y es elegible para el programa Link-Up: **SI**

Entiendo que debo cumplir con los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia de los Programas "LifeLine" o "Link-Up". Certifico que el subsidio solicitado será para el único teléfono en mi residencia principal bajo el Programa de Servicio Universal. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que contiene esta solicitud es verdadera y correcta, que soy elegible para recibir beneficios del programa arriba identificado. De surgir algún cambio, me comprometo a informar a Open Mobile, dentro de los próximos cinco (5) días, si dejo de participar en los programas de beneficencia, aumentan mis ingresos o cambia mi composición familiar. También soy responsable de traer los documentos de elegibilidad bajo el cual me cualifico, luego de su vencimiento.

Punto de Venta: **PLAZA PARQUE ESCORIAL**  
Representante: **VANESSA CASTRO HERNANDEZ**

Firma Cliente: \_\_\_\_\_  
Fecha: 02/09/2012 02:02:39 PM

FECHA:26-Ene-2012

RE:

NUM. CASO:

PAN  PAE  PSF

CENTRO SERV.INTEGRALES: CAROLINA 2

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Certificamos que la persona en referencia y su familia:

Reciben beneficios o servicios del:

<input checked="" type="checkbox"/> Programa Asistencia Nutricional	Beneficio:\$216.00
<input type="checkbox"/> Programa Asistencia Económica	Beneficio:\$0.00

La familia se compone de 2 personas, con un ingreso mensual de \$0.00 . El caso esta certificado hasta May-2012 .  
Mes y Año

Programa Servicios a Familia Servicio:

No reciben beneficios o servicios

Esta información se ofrece a petición de la persona en referencia.

Atentamente,

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES  
PROGRAMA ASISTENCIA NUTRICIONAL  
Oficina Local  
Caroline II - Lot 1-5 - Bloque A  
Carretera Industrial Sabana Abajo  
Apartado 3810

Vo. Bo. \_\_\_\_\_  
El Departamento de la Familia garantiza igualdad de oportunidades. Si considera que se ha discriminado contra usted por razón de raza, color, origen nacional, sexo, edad o impedimento, escriba a USDA Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave., SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al 1-866-632-9992 (Voz), 1-800-877-8339 (TDD) y 1-866-377-8642 (Relay Voice User). Para información sobre el Programa llame libre de cargos al (787) 289-7632, Isla 1-800-981-8056. Persona audioimpedida 1-800-981-7641.



## Renewal Self-Certification Form for the Lifeline Universal Service Program

Name: XXXXX XXXXX XXXXXX

Residential Address: XXXXXXXX

Social Security: XXX XX XXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Program where I am a beneficiary:

Expiration Date:

- Nutritional Assistance Program (PAN) \_\_\_\_\_
- Medical Assistance Program (Medicaid) \_\_\_\_\_
- Section 8 Program \_\_\_\_\_
- Energy Assistance for Low Income Household Program \_\_\_\_\_
- Temporary Assistance for Needy Families Program \_\_\_\_\_
- Income Eligibility \_\_\_\_\_

Annual Gross Income: \_\_\_\_\_

**Please include original certification of government agency or sealed copy of income returns**

Automatic Enrollment in the Nutritional Assistance Program (PAN): YES/NO

Number of persons in your family: \_\_\_\_\_

Do you have another telephone under your name in the Universal Service Program? YES/NO

Did you requested and are you eligible for the Link Up Program? Yes/No

**I understand that I need to comply with the eligibility requirements in order receive assistance under the Lifeline Program and Link Up Program. I certify that the subsidy requested is for only one phone in my principal residence under the Universal Service Program. I certify, under penalty of perjury, that the information on this form is true and correct, and that I am eligible to receive the benefits of the program indicated. If there are any changes, I promise to inform Open Mobile within five (5) days if I am no longer participating in the above programs, my income increases or the number of persons in my family changes. I am also responsible for bringing the eligibility documents under which I qualify at the time of my service expiration.**

Store: \_\_\_\_\_

Client Signature: \_\_\_\_\_

Salesperson: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_